

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o

147

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 Février 1909, à 1 heure

PAR

Paul DAUBERT

Né à Rohan (Morhihan), le 1^{er} Mai 1883

Contribution à l'Etude

DU

Traitement des Téo-Synovites aiguës

Président : M. RECLUS, professeur.

Juges : MM. { BLANCHARD, } professeurs.
 { GAUCHER, }
 PIERRE DUVAL, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

NANTES

IMPRIMERIE C. MELLINET — BIROCHÉ ET DAUTAIS, SUCC^{rs}

5, Place du Pilori, 5.

1909

147

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 Février 1909, à 1 heure

PAR

Paul DAUBERT

Né à Rohan (Morhihan), le 1^{er} Mai 1883

Contribution à l'Etude

DU

Traitement des Téo-Synovites aiguës

Président : M. RECLUS, professeur.

Juges : MM. { BLANCHARD, } professeurs.
 { GAUCHER, }
 { PIERRE DUVAL, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANTES

IMPRIMERIE C. MELLINET — BIROCHÉ ET DAUTAIS, SUCC^{rs}

5, Place du Pilori, 5

1909

A MES MAITRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Avant de commencer notre sujet, nous tenons à accomplir un devoir de reconnaissance envers les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à nos maîtres dans les hôpitaux, et à nos professeurs à l'Ecole de médecine de Nantes.

Nous avons aussi conservé le meilleur souvenir des quelques mois que nous avons passés dans le service du Dr Waquet, à l'Hôpital civil de Lorient.

M. le Dr Rivet a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous aider de ses conseils; nous lui adressons l'hommage de notre plus sincère reconnaissance.

Enfin, nous adressons nos plus vifs remerciements à M. le professeur Reclus, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Les panaris et les phlegmons des gaines synoviales de la paume de la main ont, de tout temps, attiré l'attention des chirurgiens. Il n'y a peut-être pas d'infections dont le pronostic tienne plus à la rapidité et à l'énergie du traitement. Si l'on abandonne l'inflammation à elle-même, le pus finit par se faire jour, mais la suppuration persiste : les tendons se mortifient, des fusées purulentes se produisent au loin, les os se nécrosent, les articulations des doigts et du carpe s'enkyloisent, les vaisseaux eux-mêmes peuvent se sphacéler et se rompre. Dans les cas les plus heureux, les tissus mortifiés s'éliminent et la cicatrisation se produit, mais le doigt reste déformé et privé de ses fonctions ; la main violacée, rigide, impropre à tout service. Souvent, on est obligé de recourir à l'amputation ; enfin, dans quelques cas très virulents, le malade est enlevé au milieu des symptômes de septicémie ou d'infection purulente.

Ces accidents sont plus rares à notre époque, où

la majorité des praticiens ont recours, dès le début de l'infection, à un traitement approprié ; ils ne sont cependant que trop fréquents.

La question du traitement des panaris et phlegmons de la main conserve donc toute son importance, surtout depuis la promulgation de la loi sur les accidents de travail. Ces infections, en effet, se rencontrent surtout chez les ouvriers, particulièrement dans les professions qui exposent le plus aux blessures des doigts : tailleurs, couturières, cordonniers, cuisiniers et cuisinières. On comprend la responsabilité du médecin dans le traitement de ces infections qui, soignées d'une façon insuffisante, entraînent une incapacité de travail transitoire prolongée, et surtout une incapacité permanente qui peut s'élever à un taux assez élevé, principalement lorsqu'il s'agit de ces vastes phlegmons des synoviales de la paume de la main.

Or, en suivant son service, à l'Hôtel-Dieu, à Nantes, nous avons été frappé des excellents résultats obtenus par M. le Dr Rivet, dans son traitement des panaris et phlegmons consécutifs, en particulier dans ce cas de phlegmon, déjà ancien, que nous rapportons dans notre première observation.

M. le Dr Rivet, qui prodigue ses soins aux blessés, non seulement à l'hôpital, mais encore au dispensaire de la Croix-Rouge, emploie depuis plusieurs années ce traitement, qui diffère, en plusieurs points, du

traitement classique. Il en a toujours obtenu des résultats meilleurs et plus rapides qu'avec ce dernier. Sur son conseil, nous avons décidé de faire notre thèse inaugurale sur les avantages de ce procédé.

Dans les deux premiers chapitres, nous étudierons, rapidement, l'anatomie des gaines synoviales et l'étiologie de leur infection. Puis, après avoir passé en revue les différents traitements des phlegmons tendineux, et exposé celui que nous préconisons, nous nous attacherons à montrer les avantages de ce dernier sur les précédents.



CHAPITRE I

Etiologie. — Pathogénie

La suppuration des gaines tendineuses n'est jamais spontanée ; elle survient toujours après une autre infection, générale ou locale, qu'elle complique et aggrave. L'infection générale, septicémie ou infection purulente, est une cause qui devient de plus en plus rare. L'infection locale domine l'étiologie de ces phlegmons. Rarement, il s'agit d'une blessure directe des gaines par piqûres, coupures, plaies contuses, plaies par arrachement des doigts, brûlures. Le plus souvent, dans le panaris, il se produit d'abord un traumatisme du doigt, souvent insignifiant en apparence : une petite plaie ouvre la porte à l'inoculation et cause un panaris superficiel qui, s'il n'est pas convenablement traité, pourra se propager aux gaines digitales. Les phlegmons des gaines synoviales de la main peuvent être dus à l'extension d'une suppuration, siégeant dans le tissu cellulaire, mais le plus

souvent ils sont dus à la propagation d'un panaris tendineux du pouce ou du petit doigt, les gaines carpiennes, radiale et cubitale, communiquant avec les gaines synoviales des deux doigts extrêmes.

Enfin, l'infection peut provenir, non plus des parties superficielles du doigt ou de la main, mais des parties profondes, du squelette; on peut voir assez fréquemment un panaris tendineux succéder à une ostéite d'emblée de la phalange.

Etant donnée une lésion du pouce ou du petit doigt, comment l'infection envahit-elle les gaines tendineuses carpiennes? La théorie la plus ancienne explique le phénomène par la propagation de l'infection de proche en proche. « L'inflammation suppurative, dit Gosselin, part d'un doigt, pouce ou auriculaire, jusqu'à l'extrémité duquel se prolonge la grande bourse carpienne; elle se propage à cette dernière, puis s'étend au tissu cellulaire profond de l'avant-bras. »

En 1872, Dolbeau a émis une autre opinion, soutenue par Chevallet (Thèse de Paris, 1875). D'après lui, l'accident primitif produit une inflammation angio-leucitique, qui donne lieu à la formation d'abcès dans la gaine des vaisseaux; de là, le pus, ne trouvant pas d'issue, fuserait dans les gaines tendineuses.

Gosselin fait à cette théorie les trois objections suivantes : 1^o l'infection ne se propage jamais aux gaines

carpiennes, à la suite de blessures des trois doigts du milieu ou des orteils, mais seulement à la suite de suppurations du petit doigt et du pouce, dont les gaines digitales sont précisément les seules qui communiquent avec celles de la paume ; 2^o l'attitude en griffe des doigts se montre dès le début ; 3^o les fusées purulentes de l'avant-bras sont situées profondément au-devant du carré pronateur, tandis que si elles étaient d'origine lymphatique, elles devraient se trouver sur le trajet des vaisseaux blancs, le long de la radiale et de la cubitale.

Aussi est-il universellement admis aujourd'hui que l'infection se fait ordinairement de proche en proche, et que l'origine angioleucitique des phlegmons tendineux de la main, bien que réelle dans quelques cas rares, n'est qu'une exception.

CHAPITRE II

Anatomie

Avant d'exposer les différents traitements employés dans les phlegmons des gaines digitales et carpiennes, il nous a paru bon de consacrer ce chapitre à l'étude rapide de l'anatomie de ces gaines, en nous plaçant plus au point de vue pathologique qu'au point de vue didactique.

Ces gaines sont divisées en deux groupes : les gaines digitales et les gaines digito-carpiennes.

Les gaines digitales occupent le milieu de la face antérieure de l'index, du médius, et de l'annulaire, et renferment les tendons fléchisseurs, destinés à ces doigts. Elle s'étendent de la base de la phalangette à l'articulation métacarpo-phalangienne ; leur infection ne pourra donc se propager aux gaines carpiennes dont elles sont indépendantes. Elles sont recouvertes par la peau, le tissu cellulaire et une gaine fibreuse, et reposent sur les deux premières phalanges et leur

articulation dont elles ne sont séparées que par du tissu conjonctif. On comprend aisément que la suppuration du tissu cellulaire, ou l'ostéite des phalanges produise facilement l'infection de ces gaines, et que le panaris tendineux amène assez souvent l'inflammation de l'articulation voisine. De la gaine, l'infection peut se propager au tissu cellulaire qui l'environne, et de ce dernier, au tissu cellulaire de la main, d'où phlegmons de la main.

Les gaines digito-carpiennes sont ainsi appelées parce qu'elles s'étendent de la base de la dernière phalange jusqu'au-dessus du ligament annulaire. Elles sont au nombre de deux : la gaine externe ou radiale qui renferme le tendon du long fléchisseur propre du pouce ; la gaine interne qui contient les tendons fléchisseurs de l'auriculaire, exclusivement d'abord, puis englobe les tendons de l'index, du médius et de l'annulaire. La séreuse, qui dans la gaine cubitale revêt la face antérieure et la face postérieure de ce paquet tendineux, envoie un prolongement entre les deux plans tendineux, divisant ainsi cette gaine en trois loges qui ont reçu les noms de loges prétendineuse, inter-tendineuse et rétro-tendineuse. Ces cloisonnements sont peu favorables à une évacuation complète du pus, dans les phlegmons tendineux. D'ailleurs, toutes les gaines synoviales, même les digitales, sont partiellement cloisonnées par les méso-tendons qui se

détachent de la paroi phalangienne et contiennent les vaisseaux qui se rendent aux tendons.

Une question anatomique, importante au point de vue pathologique, est la communication des gaines synoviales des doigts et de la main. Contrairement à l'opinion jusque là admise, Poirier a conclu de ses recherches, que la synoviale du pouce et la synoviale palmaire radiale ne communiquent pas environ 1 fois sur 20. La non communication de la synoviale de l'auriculaire et de la gaine cubitale est encore plus fréquente; on l'observe au moins dans un tiers des cas. Cette absence de communication nous explique ces cas de panaris tendineux du pouce ou de l'auriculaire restant limités à ces doigts.

Quant aux deux gaines radiale et cubitale, elles communiquent dans la moitié des cas environ, par l'intermédiaire d'une séreuse médiane, située entre le canal carpien et le tendon du fléchisseur profond de l'index. Poirier ne la considère pas comme accessoire, mais comme à peu près constante, puisqu'il l'a trouvée 8 fois sur 10. Il lui a donné le nom de séreuse palmaire moyenne postérieure, par opposition à la gaine palmaire moyenne antérieure, qui ne se rencontre que dans la moitié des cas, et se trouve entre le tendon superficiel et le tendon profond de l'index. La propagation assez fréquente de l'infection d'une gaine carpienne à l'autre se trouve ainsi facilement expliquée.

La connaissance exacte des rapports des gaines digito-carpiennes est également indispensable au bon chirurgien : les gaines sont d'abord entourées d'une couche de tissu cellulaire, dont elles ne sont d'ailleurs qu'une différenciation. Ce tissu cellulaire se continue avec celui des doigts et celui du poignet. Il peut être le siège de phlegmons, et donner lieu à une teno-cellulite. Enfin, son infection peut se propager au tissu cellulaire du bras et y produire un phlegmon diffus.

En dehors de cette couche celluleuse, la gaine radiale est en rapport : en avant, avec l'aponévrose de l'avant-bras, entre les tendons du grand et du petit palmaire, avec le tiers externe du ligament annulaire du carpe, les muscles opposant et court fléchisseur du pouce ; en arrière, avec l'articulation radio-carpienne, la scaphoïde, le trapèze et l'adducteur du pouce ; en dehors, avec le tendon du grand palmaire et le court fléchisseur du pouce ; en dedans, avec la gaine cubitale de laquelle, sous le ligament annulaire, elle n'est séparée que par une mince cloison dans laquelle chemine le nerf médian.

La gaine cubitale est recouverte par l'aponévrose antibrachiale, entre les tendons du petit palmaire et du cubital antérieur, puis, par les deux tiers internes du ligament annulaire, enfin par l'aponévrose palmaire. Sa face postérieure recouvre l'extrémité inférieure du cubitus, la portion cubitale du carpe, et les

deux derniers inter-osseux. La face interne est en rapport avec une masse adipeuse qui la sépare de l'artère cubitale, avec le pisiforme, l'os crochu et l'opposant du petit doigt; la face externe avec la gaine radiale et le médian.

CHAPITRE III

Des différents traitements des phlegmons tendineux

Pendant longtemps, dans le traitement des panaris et des gaines synoviales de la paume de la main, on se contenta, en attendant que le pus se fit jour de lui-même, d'appliquer sur les parties infectées des substances médicamenteuses ou autres, dont l'énumération serait trop longue. Nous nous contenterons de citer l'onguent de la Mère et le sparadrap préparé avec ce même onguent, qui fut longtemps en honneur et qui était encore employé dans nombre d'hôpitaux il y a une quarantaine d'années.

Aujourd'hui encore, dans les campagnes comme dans les villes, on trouve des gens qui s'attribuent la réputation de guérir les panaris, sans avoir recours au bistouri. L'espoir d'être guéris sans incision est un appât considérable pour les individus pusillanimes atteints de ces phlegmons ; aussi chaque jour se présentent-ils nombreux chez ces prétendus guérisseurs.

Les chirurgiens délaissèrent bien vite ces substances médicamenteuses pour des procédés d'une valeur incontestablement supérieure. Ayant remarqué que l'issue du pus amenait une diminution rapide des symptômes généraux et de la douleur, ils recoururent à l'incision, mais à une incision trop timide, trop tardive, qu'ils n'employaient que lorsque le pus était manifestement formé, et que tous les moyens préventifs avaient piteusement échoué. Ces moyens préventifs étaient fort nombreux. C'étaient les réfrigérants : irrigation et compresses trempées dans l'eau froide, les vésicatoires, les onctions mercurielles répétées plusieurs fois par jour, les antiphlogistiques : saignée générale et sangsues, la compression, moyen recommandé par Velpeau, au commencement de l'inflammation, les cataplasmes arrosés ou non de laudanum.

A ce traitement local, on combinait un traitement général : repos absolu ; un régime sévère : des boissons rafraîchissantes, limonades, etc., de temps en temps un lavement émollient ou un purgatif salin, un grand bain. Contre les douleurs si vives des phlegmons des gaines tendineuses, on administrait à l'intérieur une potion calmante opiacée, ou bien on plaçait le doigt dans une solution d'extrait gommeux d'opium. Pour soutenir les forces du malade, on lui ordonnait une potion tonique ou un vin fortifiant. Ce

n'était que lorsque tous ces moyens avaient échoué que l'on se décidait à ouvrir la collection purulente.

Aujourd'hui tous les chirurgiens sont d'accord pour déclarer qu'il ne faut pas s'attarder aux moyens abortifs. Sans doute, assez souvent, les bains antiseptiques très chauds et les pansements humides empêchent une plaie du doigt ou de la main de s'infecter, un panaris superficiel de se propager aux gaines tendineuses ; mais l'infection, malgré ces soins, vient-elle à se propager, le doigt est-il à demi fléchi, rétracté, incapable de se redresser, les douleurs sont-elles vives, les symptômes généraux graves, il faut recourir immédiatement au bistouri. A plus forte raison, faudrait-il se hâter lorsque la tuméfaction des régions thénar ou hypothénar indique la propagation de l'infection aux gaines synoviales de la paume.

Dans le cas de panaris simple, un grand nombre de médecins, sans recourir à l'anesthésie, ouvrent la collection purulente d'un coup de bistouri médian et profond, allant jusqu'à l'os. Faure s'élève contre cette pratique et conseille, même dans ce cas, l'anesthésie locale pratiquée à la base du doigt et l'hémostase préalable, au moyen d'un tube en caoutchouc serré à la base du doigt.

Lorsqu'il s'agit d'un phlegmon des gaines synoviales de la paume et du doigt, quelques médecins font encore leurs incisions sans le secours de l'anesthésie

et de l'hémostase ; un grand nombre cependant y ont alors recours. Il s'agit dans ce cas d'ouvrir la gaine malade à la paume d'abord, puis au-dessus du poignet, afin d'assurer une évacuation du pus aussi complète que possible. Ces incisions sont ordinairement faites d'après les règles opératoires et topographiques suivantes. Quand il s'agit d'un phlegmon de la gaine radicale, on incise dans la commissure du pouce et de l'index jusqu'au pus, puis on fait une controuverture au-dessus du ligament annulaire, sur le bord externe du tendon du grand palmaire. Quand l'infection siège dans la gaine cubitale, on fait dans la paume une première incision qui, partant de la ligne médiane, au point de jonction des éminences thénar et hypothénar, descend un peu obliquement en dedans, et s'arrête à deux centimètres au-dessus de la commissure unissant le petit doigt à l'annulaire ; on fait ensuite une seconde incision au-dessus du poignet, parallèle à l'avant-bras, à un centimètre de la ligne médiane, en dedans du tendon du palmaire cutané.

Ces ouvertures et controuvertures pratiquées, on fait glisser d'une brèche à l'autre un drain chaussé sur la sonde cannelée, ou qu'une pince va chercher par la paume et ramène de haut en bas. On fait ensuite prendre au malade, dans le sublimé au millième, un bain de main ou d'avant-bras, pendant une demi-heure.

Pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, tant que l'infection n'est pas manifestement arrêtée, on applique sur les tissus malades des pansements humides au sublimé ou à l'eau boriquée.

Tel est le procédé le plus habituellement employé. Certains chirurgiens l'emploient avec quelques variantes. Forssell (*Mord. med. Arkew*) estime que les incisions pratiquées dans le traitement classique sont trop étroites et donnent par suite, dans certains cas, de déplorables résultats. D'après lui, dès qu'on soupçonne une synovite suppurée, on doit fendre la gaine d'un bout à l'autre, et quand la suppuration envahit les gaines du poignet, il faut pousser l'incision jusque-là, sans respecter le ligament radio-carpien dont la conservation importe peu à la statique de la main, et qui constitue par contre la principale cause de la mauvaise issue de ces suppurations.

Klapp, au contraire, emploie des incisions se rapprochant des incisions employées dans la méthode classique mais s'en différenciant en ce qu'elles sont interrompues par de faibles intervalles, de façon à ménager la nutrition des tissus et des tendons.

Enfin, depuis quelques années, on parle beaucoup d'une nouvelle méthode préconisée par Bier, et qui donnerait d'excellents résultats dans un certain nombre de maladies, entre autres dans le panaris et les synovites suppurées qui lui sont consécutives. Nous allons l'exposer succinctement.

La méthode de Bier consiste principalement à provoquer, au niveau du foyer malade, une hyperhémie veineuse. Pour permettre cette hyperhémie salubre, il suffit de mettre obstacle au cours du sang dans les veines. Aux membres supérieurs, rien de plus facile ; à une certaine distance, au-dessus du foyer malade, au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, s'il s'agit de la main, on enroule une bande de caoutchouc, qu'on maintient par la pression des mors d'une pince hémostatique. Cette bande doit être assez serrée pour empêcher, en partie, le retour du sang veineux, et assez lâche pour ne pas mettre obstacle au cours du sang dans les artères. Les douleurs disparaissent généralement rapidement ; le membre se tuméfie et est envahi par un œdème énorme qui devient « rouge feu » si la bande a été convenablement appliquée. Cette bande, dans le traitement des phlegmons tendineux, est laissée en place, si possible, vingt à vingt-deux heures consécutives.

D'après Bier, cette bande, appliquée dès le début de l'inflammation, peut la faire avorter. Lorsqu'une collection purulente est déjà formée, il pratique des incisions, courtes, de deux à trois centimètres, vide le foyer par aspiration et applique la bande élastique, qui suffit à remplacer avantageusement le drainage permanent.



CHAPITRE IV

Traitement par tamponnement

Maintenant que nous avons passé rapidement en revue les divers traitements employés dans l'infection des gaines tendineuses, nous allons exposer le traitement que nous préconisons et dont nous avons pu apprécier les avantages dans le service du Dr Rivet.

Ce traitement comprend plusieurs temps successifs : l'anesthésie, l'incision, l'évacuation du pus, le nettoyage du foyer, son tamponnement avec une mèche de gaze, enfin le pansement consécutif.

Anesthésie. — Qu'il s'agisse d'opérer un panaris ou un phlegmon des gaines synoviales de la main, nous employons toujours l'anesthésie. Nous réservons l'anesthésie locale aux cas dans lesquels la racine du doigt est indemne. Lorsque nous nous servons de cocaïne, nous injectons, comme le recommande Reclus, la solution à 1 pour 100, à la racine du doigt, profondément dans les tissus, et nous attendons que la peau

soit devenue blanche. Nous préférons cependant à cette substance la stovaïne ou l'alipine. Cependant, même dans les panaris limités au doigt, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de phlegmons tendineux de la paume, nous préférons employer les anesthésiques généraux, le chloroforme, l'éther, ou bien encore le somnoforme et autres anesthésiques de ce genre, faciles à manier et très pratiques dans les interventions de peu de durée.

Hémostase. — Le deuxième temps de la méthode, et que nous considérons comme très important, est l'hémostase préalable. Dans les panaris limités aux deux dernières phalanges, on peut se servir d'un simple drain, gros comme le petit doigt, avec la partie moyenne duquel on décrit un circulaire à la racine du doigt, tandis que les deux chefs sont croisés sur le dos de la main, où on les fixe, soit par un nœud, soit entre les mors d'une pince à arrêt. Ce moyen d'hémostase ne peut plus être employé si l'infection occupe la première phalange, car l'incision doit être faite alors jusqu'à la racine du doigt. Dans ce cas, et lorsque l'infection siège encore plus haut, au niveau de la main ou de l'avant-bras, nous nous servons de la bande d'Esmarch, que nous appliquons à distance du lieu infecté et que nous serrons en dernier lieu à la racine du membre.

Incision. — L'anesthésie obtenue, l'hémostase

assurée, nous entreprenons l'ouverture de la gaine synoviale. Les incisions sont faites suivant les règles topographiques. Même dans l'incision d'un simple panaris tendineux, nous opérons prudemment, méthodiquement, plans par plans, et une fois le foyer ouvert, nous y introduisons une sonde cannelée, et sur cette sonde nous segmentons les tissus dans toute l'étendue que nous jugeons nécessaire. Les bords de la plaie sont ensuite écartés et nous avons alors sous les yeux les tendons contenus dans la gaine. Grâce à l'anesthésie et à l'hémostase, nous pouvons ainsi tout à notre aise faire une incision à la fois prudente et suffisamment large qui nous permette, tout en évitant une lésion quelconque d'organes sains, d'ouvrir dans toute sa longueur le foyer d'infection, et de n'avoir plus besoin dans la suite de recourir à de nouvelles incisions.

Nettoyage du foyer. — Le foyer infecté ouvert, il faut le nettoyer. S'il est relativement facile de nettoyer une gaine digitale dans toute sa longueur, il est autrement difficile d'obtenir un bon nettoyage lorsqu'il s'agit des gaines carpiennes, de ces vastes phlegmons avec fusées et décollements, au niveau des éminences thénar et hypothénar, dans la région du poignet ou de l'avant-bras. Dans le premier cas, des tampons, des compresses peuvent suffire ; dans le second, la curette est le plus souvent nécessaire. Nous nous servons alors d'une curette analogue à celle employée dans

les mastoïdites et, comme dans les synovites tuberculeuses fongueuses et à grains riziformes, nous faisons un curetage en règle. Nous enlevons ainsi tous les exsudats, nous détruisons toutes les adhérences ; nous prenons, pour ainsi dire, chaque tendon un à un et nous le nettoyons à fond. Les parties nécrosées des tendons et les débris sphacelés aponévrotiques sont enlevés, au besoin, à l'aide d'un ciseau ; ce nettoyage est poursuivi dans tous les coins et recoins du foyer, jusque dans les interstices musculaires, lorsqu'il s'y est produit des fusées purulentes. Il va sans dire que nous enlevons avec soin toutes les parcelles osseuses nécrosées, qui deviendraient la source d'une suppuration prolongée.

Quand il ne s'agit que de panaris limités aux phalanges, nous nous contentons d'un nettoyage à sec ; quand il s'agit, au contraire, de phlémons tendineux de la paume ou de l'avant-bras, nous faisons passer, après le curetage, un courant d'eau oxygénée, suivie d'un courant d'eau bouillie, qui enlève la mousse provoquée par le médicament et permet de bien se rendre compte de la suffisance du nettoyage.

Nous ne cautérisons jamais avec le chlorure de zinc ni autre substance. Nous avons, en effet, remarqué que ces cautérisations au chlorure de zinc sont non seulement extrêmement douloureuses dans les heures qui suivent leur application, mais encore qu'elles

produisent l'exfoliation des tendons et provoquent une exsudation abondante les jours suivants. Les séreuses tendineuses sont délicates comme les séreuses viscérales ; il faut les traiter avec ménagements comme ces dernières et avoir soin de n'entraver en rien leurs moyens de défense.

Pansement. — Quand le foyer est ainsi bien nettoyé, toujours en maintenant l'hémostase, nous introduisons des bandes fines de gaze stérilisée, ou quelquefois iodoformée, dans toute l'étendue de la gaine. On a soin d'introduire de fines lanières dans les interstices musculaires décollés. Lorsque le foyer est profond, pour qu'on puisse retirer plus tard avec facilité les longues bandes de gaze, on en introduit plusieurs, les unes sur les autres, leurs extrémités étant soigneusement repérées. Ce tamponnement est fait d'une façon modérée, sans trop tasser, puis on fait un pansement sec.

Nous laissons le tout en place trente-six à quarante-huit heures.

Au bout de ce laps de temps, on est étonné, en renouvelant le pansement, de voir que l'ouate est très sèche et que les mèches de gaze sont seulement imprégnées d'un peu de sang.

Nous enlevons les mèches, soit à sec, ce qui n'est pas aussi douloureux qu'on pourrait le croire, soit en les imbibant de quelques gouttes d'eau oxygénée ;

l'oxygène, en se dégageant, détache peu à peu la gaze des tissus auxquels elle est collée et facilite son enlèvement. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on sera obligé de recourir à l'anesthésie dans cette manœuvre. Il se produit d'habitude, à ce moment, un léger suintement sanguin facile à arrêter à l'aide de quelques tampons.

Nous faisons un nouveau tamponnement du foyer, puis un pansement sec.

Dans les grandes infections, nous nous bornons à faire un seul pansement par jour ; lorsqu'il s'agit de panaris, si nous voulons aller plus vite, nous renouvelons le pansement deux fois par jour. Nous avons soin de diminuer peu à peu le tassement de la gaze, afin de permettre au trajet de se fermer graduellement.

Vers le quatrième ou cinquième jour, la plaie ne saigne plus, mais la mèche de gaze n'est plus aussi sèche qu'au début. La plaie devient le siège d'une exsudation séro-purulente lorsqu'il s'agit de grandes infections, simplement séreuse dans les dactylites.

Vers le quinzième jour, dans la plupart des cas, la plaie est presque fermée ; on se contente alors d'appliquer un pansement sec à plat.

Si l'amélioration se fait attendre, ou si certaines régions présentent un aspect grisâtre, nous recommandons d'employer, au lieu de gaze simplement sté-

rilisée, la gaze à l'ektogan ou même la poudre d'ektogan ; sous l'influence de cette substance, on voit rapidement les surfaces qui se détergent, pour nous servir de cette vieille expression.

Lorsque les plaies sont fermées, il faut recourir de bonne heure au massage et aux mouvements provoqués. Dans bien des cas, grâce à cette méthode, on rendra aux doigts leurs mouvements, qui seraient restés nuls ou limités.

CHAPITRE V

Critique des différents traitements

Maintenant que nous avons décrit le traitement que nous préconisons, nous allons exposer les raisons qui nous le font préférer à tout autre, en indiquant les défauts que les autres divers traitements nous paraissent présenter.

Nous n'insisterons pas sur le danger que courent les personnes naïves, qui mettent toute leur confiance dans les pommades que leur délivrent les prétendus guérisseurs de panaris. La destruction des tendons, leur impotence fonctionnelle, souvent même la perte du membre en sont le triste résultat.

Les moyens préventifs auxquels les médecins, autrefois, avaient le tort de trop s'attacher, n'empêchaient, hélas, que rarement l'infection de se propager, et lorsque ces médecins se décidaient enfin à ouvrir le foyer purulent, il était souvent trop tard ; il

s'était produit des désordres irréparables qui entraînaient l'amputation, si fréquente autrefois, dans les panaris et phlegmons tendineux de la main.

La méthode de Bier, très récente et encore peu employée, semble donner de bons résultats, surtout si l'on tient aux statistiques données par Bier. Voyons ce qu'en dit Bier lui-même. « Le premier effet de notre méthode, écrit-il, c'est une diminution de la douleur, qui, généralement, se manifeste très rapidement et est particulièrement frappante dans les phlegmons des gaines tendineuses. On n'a pas à s'effrayer à la vue de la tuméfaction considérable et de l'œdème « rouge-feu » qui se produit au niveau du membre malade. En tout cas, le blessé se déclare satisfait, puisqu'il ne souffre pas. La suppuration évolue rapidement sous l'influence de l'hyperhémie séreuse. Celle-ci amène l'élimination rapide des tissus nécrosés et conserve, ce qui est plus important, les autres tissus, ceux dont le sacrifice nous paraissait, avec le procédé classique, tout à fait naturel et inévitable. En outre, l'hyperhémie séreuse possède, au plus haut degré, la propriété de localiser la suppuration et d'éviter ainsi au malade les grandes incisions. Elle rétablit enfin les fonctions des parties malades à un degré de perfection qui n'a jamais été atteint par les procédés classiques ». Bier n'aurait observé, prétend-il, la nécrose des tendons que dans 15 % des cas de

phlegmons tendineux, ce qui serait, certes, un très beau résultat.

Malheureusement, nombre de chirurgiens, qui ont essayé la méthode de Bier dans le traitement des phlegmons des gaines synoviales, n'ont pas obtenu d'aussi bons résultats, et beaucoup sont revenus à la méthode classique, déclarant que si, à l'hôpital, les deux méthodes peuvent être considérées comme équivalentes, dans la pratique courante, la méthode classique est seule applicable. Ils reprochent avec raison, nous semble-t-il, à la méthode de Bier, d'être d'une application plus difficile qu'elle ne le paraît au premier abord : la bande, en effet, doit être serrée modérément, ni trop, ni trop peu. Si elle est trop lâche, la stase veineuse sera insuffisante et n'aura plus d'action ; si elle est trop serrée, la circulation artérielle sera arrêtée et on aura des accidents. Pour éviter cet inconvénient, en Allemagne, où la méthode de Bier est surtout en honneur, certains chirurgiens abandonnent les malades ainsi traités aux soins d'un assistant, qui a étudié la méthode de Bier à la clinique même de ce dernier.

De plus, la méthode de Bier est loin d'être infailible. Lorsqu'elle échoue, il faut, au bout d'un certain temps, en venir, malgré tout, à l'ouverture largement pratiquée ; d'où retard dans la guérison, qui eut été plus rapide après l'incision précoce, sans application

de bande élastique. Or, nous savons que dans les phlegmons des gaines tendineuses, la guérison a d'autant plus de chances d'être complète qu'elle aura été plus rapide.

Ce danger que présente la méthode de Bier, et surtout la difficulté de sa bonne application, font qu'actuellement encore la majorité des chirurgiens ont recours à la méthode classique : incisions avec drains et bains antiseptiques.

Cette dernière méthode, employée hâtivement dès le début de l'infection, a donné, entre les mains des chirurgiens expérimentés, des résultats très satisfaisants; elle nous semble cependant donner prise aux critiques suivantes.

D'abord, de nombreux chirurgiens ont le tort d'opérer leur malade sans recourir à l'anesthésie. En effet, le point essentiel sur lequel nous insistons, c'est l'ouverture du foyer purulent seul, en même temps qu'une ouverture complète. Nous ne voulons et nous ne devons ouvrir que la région infectée, que le foyer purulent lui-même, nous donnant bien garde de porter notre bistouri sur une partie saine. Il est donc de toute rigueur de voir exactement le siège de la lésion en entier. Il ne s'agit donc plus, comme on le fait trop souvent, de donner un coup de bistouri ou de lancette, de faire une incision « médicale » à l'aveuglette. Souvent, dans ce cas, l'incision sera trop

petite et pas assez profonde, le pus ne s'évacuera qu'imparfaitement ; il se formera au loin des fusées purulentes qui nécessiteront, dans la suite, de nouvelles incisions. Ou bien, au contraire, elle sera trop longue et trop profonde, dépassera les limites du mal et lésa les nerfs, artères, veines, tendons et articulations qui se trouvent dans le voisinage. Or, cette incision, aveugle, insuffisante ou dangereuse, est la seule que l'on puisse employer lorsqu'on opère sans anesthésie : les cris, les mouvements du patient obligent à opérer rapidement. C'est de plus une méthode cruelle, car, si courte que soit l'opération, elle est extrêmement douloureuse.

C'est, pour toutes ces raisons, que dans l'incision des phlegmons tendineux, nous employons toujours l'anesthésie. L'emploi du chlorure d'éthyle est à rejeter dans les infections que nous étudions ; en même temps qu'il anesthésie la peau, il la durcit ; le bistouri a de la peine à l'entamer, et on risque de faire une incision pas assez ou trop profonde, avec les inconvénients que nous avons cités plus haut.

La cocaïnisation est un procédé bien meilleur, mais non pas une vague cocaïnisation comme se contentent de le faire certains médecins ; il faut injecter la cocaïne profondément dans les tissus, à la base du doigt. Pour éviter tout accident, on aura soin d'employer une solution à 1 p. 100, de maintenir le malade

couché pendant quelques instants et ne pas le renvoyer sans lui donner un réconfortant. Grâce à ces précautions, il est rare d'avoir des accidents avec la cocaïne ; nous lui préférons cependant l'alipine et la stovaïne, d'un emploi moins dangereux.

D'ailleurs, nous l'avons déjà dit, l'indication des anesthésiques locaux, dans les cas qui nous occupent, est tout à fait restreinte. Dans le cas d'un panaris occupant toute la longueur du doigt et surtout dans les phlegmons des synoviales de la paume, il faut recourir aux anesthésiques généraux qui sont d'un emploi aussi facile, aussi peu dangereux, tout en procurant une anesthésie beaucoup plus complète.

Si l'anesthésie est négligée par un grand nombre de médecins dans l'ouverture du panaris, l'hémostase qui constitue, on s'en souvient, le second temps de notre technique est encore délaissée par un plus grand nombre. C'est un grand tort, croyons-nous. Nous avons établi que pour inciser correctement un phlegmon des gaines synoviales, il faut voir clair dans son incision ; or, comment y arriver si celle-ci est inondée du sang que donneront d'autant plus abondamment les tissus sur lesquels nous opérons qu'ils sont infectés et par conséquent congestionnés ?

Nous critiquerons également la façon dont la plupart des chirurgiens ont l'habitude de faire leurs incisions. Prenons le cas le plus simple, un panaris

limité aux phalanges. Le plus souvent, comme on le conseille d'ailleurs dans beaucoup de traités classiques, on fait une incision large, profonde, jusqu'à l'os, pour employer l'expression consacrée.

Sans doute, en maintenant son incision au milieu du doigt, les artères et les nerfs collatéraux sont loin et on ne risque pas de les blesser ; mais, dans la gaine qu'il s'agit d'ouvrir, il y a des tendons, et en agissant ainsi, à l'aveuglette, ces tendons sont le plus souvent fendus dans la longueur, quand ils ne le sont pas obliquement et parfois même transversalement. Or, cette blessure des tendons est fort préjudiciable au point de vue du pronostic. Non seulement la section transversale, très rare il est vrai, amènera l'impotence des muscles auxquels ils appartiennent, mais leur incision longitudinale aura des conséquences graves pour ces tendons qui, baignant dans le pus, n'ont déjà que trop de tendance à se sphacéler, à se désorganiser, à s'effriter en écheveaux.

Une incision aveugle et rapide pourra encore produire l'ouverture des articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes, et être la cause de leur infection, d'où arthrite purulente. Ces articulations ne sont déjà que trop exposées à s'infecter, par suite de leur voisinage avec la gaine digitale !

Enfin, autre danger de cette sorte d'incision, elle peut produire une communication entre plusieurs

gaines, à la racine du doigt, ce qui est un facteur de dissémination de l'infection plus fréquent qu'on ne le croit.

Nous avons choisi à dessein comme exemple, pour montrer les dangers auxquels on expose son malade en faisant une incision imprudente, le panaris limité aux phalanges, parce que c'est le cas le plus simple. Il est facile d'en déduire ceux auxquels on l'exposerait en agissant de cette façon, dans l'incision des phlegmons des gaines tendineuses de la paume de la main et de l'avant-bras. La blessure de l'arcade palmaire, de la radiale, de la cubitale, la section des tendons fléchisseurs des muscles des éminences thénar ou hypothénar, l'ouverture des articulations carpiennes et radio-carpiennes, la communication des gaines cubitale et radiale et, par suite, leur inoculation, pourraient en être la conséquence. Nous n'insistons pas ici, car presque tous les chirurgiens, dans ces cas graves, opèrent sous le chloroforme et avec le doigté voulu. Nous ferons seulement remarquer que, dans notre mode de traitement, même lorsqu'il s'agit des cas les plus simples, en opérant méthodiquement, plans par plans, nous réduisons au minimum les chances de lésion d'organes voisins de la gaine.

Le foyer purulent ouvert, beaucoup de chirurgiens se contentent, par des pressions sur les parties voisines, d'aider à l'évacuation du pus. Cela n'est pas suf-

fisant. Prenons une simple incision d'une gaine digitale infectée. Le chirurgien a incisé le panaris, il ne reste que peu ou pas de pus. Mais, au bout de quarante-huit heures, les lèvres de la plaie commencent à s'accoler. Le pus continue à se former dans le foyer ainsi transformé en un vase demi-clos, et, au moment du pansement, vient sourdre sur divers points de l'incision, quand on passe sur les régions voisines. Dans l'intervalle des pansements, les tendons stagnent dans le pus et leur mortification continue. Le pus, ne pouvant s'évacuer assez facilement, décolle les tissus, et il se forme au loin des fusées purulentes qui nécessitent, oh ! combien de fois, de nouvelles incisions.

S'agit-il d'un phlegmon tendineux occupant la main ou remontant dans la région du poignet ? on a alors recours aux drains multiples. Le drainage multiplié est certes un bon moyen et a été d'un grand appoint dans le traitement moderne des infections ; on lui doit certainement bien des guérisons. Malheureusement, il n'échappe pas à toute critique.

Les drains sont d'abord souvent oblitérés par des caillots sanguino-purulents et, pour en rétablir la lumière, il faudra, ou bien y faire passer un courant de liquide, ou mieux les retirer et les remplacer par d'autres. Quand on voudra remettre ces drains, on éprouvera de grandes difficultés ; ce sera même souvent impossible. Les drains se courbent, se reploient

et ne peuvent plus pénétrer dans le trajet déjà à demi refermé. Il faut donc se borner à les introduire incomplètement ou bien employer des moyens extrêmement douloureux, qui consistent à faire passer les drains à l'aide de fils, de sonde cannelée ou de stylet.

De plus, même avec les drains, le pus stagne, et comment en serait-il autrement? Prenons, par exemple, la gaine cubitale. Nous avons vu, en étudiant sa disposition, que, par suite de la répartition des tendons fléchisseurs en deux plans, la synoviale envoie, entre les tendons superficiels et les tendons profonds, un prolongement qui divise la gaine en trois loges, qui ont reçu le nom de loges prétendineuse, intertendineuse et rétro-tendineuse. Comment peut-on espérer que l'emploi des drains, aussi multipliés soient-ils, soit suffisant pour déplisser ces divers culs-de-sac et drainer complètement le pus qu'ils contiennent. Lorsqu'il existera des décollements, des clapiers purulents, ce drainage sera encore plus insuffisant.

Quant aux bains antiseptiques, il ne faudrait pas croire qu'ils désinfectent le foyer aussi complètement que le pensent certains chirurgiens. Sans le secours des drains, ils ne font que baigner l'ouverture de l'incision, ou pénètrent que peu profondément dans le trajet. Sans doute, le liquide injecté dans les drains les traverse, mais ils pénètrent peu ou prou dans les régions malades reculées. Nous ne parlerons, qu'en

passant, des méfaits attribués à certains antiseptiques, sublimé et acide phénique, qui produiraient l'irritation de la peau, et même chez certaines personnes prédisposées, l'intoxication générale ; méfaits qui ont amené certains chirurgiens à leur préférer des bains d'eau bouillie ou d'une solution de chlorure de sodium.

Aussi, que voyons-nous souvent arriver dans le traitement des phlegmons tendineux par drains et bains ? Huit fois sur dix, le blessé est incisé, réincisé à plusieurs reprises ; il finit, la plupart du temps, par guérir, il est vrai, mais au bout d'un laps de temps très long et au prix de multiples mutilations.

Pour toutes ces raisons, nous laissons de côté les drains et les bains, et nous avons recours au tamponnement du foyer à l'aide de bandes de gaze. Mais, avant ce tamponnement, il est une précaution indispensable à prendre : il faut avoir soin de nettoyer à fond ce foyer.

En effet, que se passe-t-il lorsque l'infection gagne les gaines synoviales ? Un liquide purulent ou séropurulent occupe ces gaines ; leurs parois sont recouvertes d'exsudats fibrino-purulents ; il en est de même des fléchisseurs, qui ne font plus qu'une masse unique ; des adhérences se forment et cloisonnent l'intérieur de la gaine. A un degré plus avancé, les tendons sont en partie mortifiés, le tissu conjonctif

péri-synovial est lardacé, infiltré à distance. Enfin, la paroi de la gaine peut se rompre et le phlegmon tendineux communiquer avec une cavité purulente plus ou moins vaste, située au-devant du carré pronateur et se prolongeant dans les interstices musculaires.

Le nettoyage avec la curette, aussi complet que possible, tel que nous l'avons préconisé plus haut, détruira toutes ces adhérences, enlèvera tous ces exsudats, toutes ces parties nécrosées, dont la présence dans le foyer serait la source d'une suppuration prolongée qu'il faut éviter à tout prix ; car le séjour des tendons dans le pus produit rapidement leur exfoliation et leur sphacèle.

Quant au tamponnement à l'aide de bandes de gaze stérilisée, tel que nous l'avons décrit dans le chapitre précédent, il a de précieux avantages. D'abord, il assure l'hémostase une fois la bande d'Esmarch enlevée, l'hémorragie consécutive est minime. De plus, il écarte les lèvres de la plaie et les parois du foyer, les empêchant ainsi de se refermer avant le temps voulu. Enfin, grâce à la finesse des mèches, ces dernières peuvent être introduites dans les plus petits recoins, et ainsi assurer un drainage du pus aussi complet que possible.

Aussi, le résultat de la méthode que nous préconisons sera aussi bon que possible ; d'habitude, le

premier pansement est sec ou imbibé d'un peu de sang ; vers le troisième ou quatrième jour apparaît une légère exsudation séro-purulente, ou simplement séreuse, qui disparaît rapidement. Les tendons se recouvrent vite de petites granulations rosées, qui indiquent le processus de cicatrisation. Vers le douzième ou quinzième jour, le malade est guéri. A condition que l'intervention ait été faite avant le sphacèle des tendons, ces derniers recouvrent vite leurs fonctions, surtout si l'on a soin de recourir au massage et aux mouvements forcés des articulations. Dans tous les cas, leur restitution se fait infiniment plus vite que s'ils étaient restés baignant dans le pus, comme ils le sont dans la plupart des procédés.



OBSERVATIONS

Observation I

Le nommé L..., Gustave, 34 ans, ouvrier boulanger, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 12, pour phlegmon de l'avant-bras gauche.

Le 24 juillet 1908, il se fit une piqure au pouce avec un fragment d'osier. Il continua de travailler pendant quelques jours. Son pouce devint tuméfié et douloureux.

Le 5 août, le médecin qu'il alla trouver lui fit immédiatement une incision sans anesthésie locale. Il sortit un pus épais.

Le lendemain, malgré l'incision, l'infection se développa, gagna la face palmaire, et des phénomènes fébriles apparurent.

Le 7 août, l'infection atteignait la région antérieure du poignet. Toujours sans anesthésie, le médecin qui le soignait fit de nouvelles incisions au pouce, à la main et à l'avant-bras ; des drains furent introduits dans le foyer et le malade fut soumis aux bains de sublimé, suivis de pansements humides boriqués.

Pendant quelques jours il se produisit une certaine amélioration.

Après des alternatives de rechûtes et d'améliorations, l'état s'aggrava, des fusées purulentes se produisirent à l'avant-bras.

Le 27 août, nouvelle intervention sans anesthésie ; nouvelles incisions suivies de drainage et de bains antiseptiques. A la suite

de cette dernière opération l'état devint moins aigu ; le blessé n'a plus de température que le soir, mais la main reste toujours extrêmement grosse ; elle a plus de deux fois son volume normal ; l'avant-bras reste également tuméfié. Les incisions à demi cicatrisées sont recouvertes de bourgeons charnus, mollasses ; il sort des drains une sécrétion muco-purulente abondante, en même temps que s'éliminent, de toutes parts, des débris d'aponévroses et des tendons sphacélés.

Le malade est dirigé sur l'Hôtel-Dieu de Nantes pour y être amputé. Avant de recourir à cette mesure, le D^r Rivet, chef du service, veut tenter de conserver la main.

Le 5 septembre, il pratique l'intervention suivante :

Anesthésie générale à l'aide du chloroforme. Application d'une bande d'Esmarch, ne commençant à l'enrouler que vers le milieu de l'avant-bras, et la serrant définitivement à la racine du bras.

Après un lavage soigneux de la région malade, les drains sont retirés. Chaque incision est de nouveau largement ouverte. Il est fait ainsi une incision au pouce, une sur le dos de la main, entre l'index et le pouce, quatre incisions palmaires, séparées deux à deux par un pont cutané au niveau de l'arcade palmaire superficielle, et deux dernières grandes incisions au niveau de l'avant-bras, l'une dans la région radiale et l'autre dans la région cubitale.

Toutes les fongosités sont curetées, abrasées ; tous les replis synoviaux sont examinés et nettoyés avec des compresses fines et une curette. Les débris sphacélés, aponévrotiques et tendineux sont coupés. La partie supérieure de la deuxième phalange est nécrosée ; elle est réséquée.

Quand toute cette toilette minutieuse est terminée, chaque incision est tamponnée avec de longues bandelettes de gaze iodoformée. Ce tamponnement est fait d'une façon modérée, sans trop tasser.

Il n'est fait aucune cautérisation, aucun lavage. La bande d'Esmarch est ensuite enlevée, et on termine par un pansement sec.

Le lendemain on ne note aucune élévation de température.

48 heures après l'intervention, le pansement est enlevé. L'ouate du pansement est complètement sèche ; la gaze est légèrement imbibée de sérosité sanguinolente due au léger suintement sanguin qui se produit dans toute intervention pratiquée sous l'hémostase.

Les mèches de gaze sont enlevées à l'aide de quelques gouttes d'eau oxygénée. On ne trouve nulle part de pus, sauf une très petite quantité au niveau de l'incision radiale.

La plaie saigne légèrement ; on l'assèche rapidement avec quelques compresses, et l'on introduit, comme dans le premier pansement, des mèches de gaze dans les incisions ; mais on les presse d'une façon plus modérée.

48 heures après, nouveau pansement. Cette fois on trouve la gaze plus humide, et les mèches se retirent plus facilement ; elles sont imbibées d'un liquide séro-purulent.

Le pansement est renouvelé dès lors tous les jours. Pour assurer un nettoyage plus complet du foyer, on fait, à partir de ce moment, un grand lavage à l'eau oxygénée, à l'aide d'un laveur situé à la hauteur d'un mètre environ.

Après le sixième pansement, on cesse d'introduire des mèches dans les incisions que l'on panse à plat. A ce moment la main et le bras ont considérablement diminué de volume, comme l'atteste la peau devenue trop lâche, qui se plisse. La pression dans la paume de la main n'est plus douloureuse ; la rougeur a disparu. L'état général se remonte, et la teinte subutérique du blessé disparaît.

Un mois après l'intervention, le blessé est complètement guéri ; les plaies sont fermées ; ce fut le pouce qui se cicatrisa le dernier ; il en sortit, à plusieurs reprises, quelques petites esquilles.

Conclusion. — Le malade a conservé sa main. Certes, elle n'est pas brillante, puisque le pouce a perdu une phalange, et que trois autres doigts, l'index, le médius et l'auriculaire sont enraidis. Ce résultat était à prévoir, vu l'état des tendons qui avait été constaté au moment de l'opération. De plus, dans ce cas, par suite de certaines circonstances, le blessé n'a pu profiter du massage et de la mobilisation précoce qui, peut-être, auraient pu donner plus de souplesse aux articles, dont les tendons n'étaient pas complètement détruits. En tout cas, le blessé a conservé sa main et, comme il est garçon boulanger, il lui est encore possible d'exercer sa profession.

Observation II

Demoiselle X., 26 ans, cuisinière, est atteinte d'un panaris à l'index droit.

La malade ne se souvient pas de s'être blessée, mais ses téguments sont en mauvais état, couverts de gerçures. C'est, sans doute, au niveau de l'une d'elles que s'est produite l'inoculation.

Il s'agit d'un panaris tendineux. Le pus a envahi la gaine digitale au niveau de la première et de la deuxième phalange. Le début remonte à cinq jours.

Le doigt est tuméfié, chaud, douloureux, rétracté. La main est tuméfiée ; les ganglions axillaires engorgés ; la température élevée.

L'avant-veille, une première incision rapide, sans anesthésie, a été faite par le médecin traitant.

Nous recourons à l'intervention suivante :

Anesthésie par le chloroforme.

Hémostase à l'aide de la bande d'Esmarch, serrée à la racine du bras.

La sonde cannelée est introduite par l'ouverture existante, jus-

qu'à la racine du doigt ; les tissus sont incisés sur cette sonde sur toute la longueur du doigt.

Le foyer est ensuite nettoyé à l'aide d'un tampon, puis à l'aide d'une curette.

Il n'est pratiqué ni lavage ni cautérisation. Tout le trajet de l'incision est bourré modérément de mèches de gaze iodoformée, puis on recouvre le tout d'un pansement sec.

Dès le lendemain, on renouvelle le pansement. Il est très facilement enlevé. Nouveau tamponnement à la gaze. Pendant huit jours, le même pansement est fait quotidiennement, en ayant soin de diminuer progressivement l'étendue du tamponnement.

Le dixième jour, les lèvres de la plaie sont réunies ; la malade est guérie.

Après dix jours de repos, la blessée reprend ses occupations. Revue depuis, elle ne présente aucune raideur du doigt. La restitution est complète.

Observation III

X..., ouvrier carrier, à Vigneux (Loire-Inférieure), se présente à la consultation du Dr Rivet pour un phlegmon de la main. Il s'agit d'une plaie par écrasement de l'extrémité de l'auriculaire ; plaie qui s'est infectée et a déterminé la suppuration de la gaine synoviale de ce doigt. Cette infection, fait surprenant, n'a pas envahi la gaine primaire cubitale, mais s'est propagée à la gaine digitale de l'annulaire.

L'infection date déjà de plusieurs jours. L'état de l'auriculaire est tel qu'il ne peut être question de le conserver ; il fallut donc, sous chloroforme et sous hémostase, enlever le petit doigt, et réséquer la tête du cinquième métacarpien.

Une incision fut faite ensuite sur toute la longueur de l'annu-

laire. La gaine digitale de ce doigt fut ensuite nettoyée à l'aide de la curette, puis tamponnée avec des mèches de gaze stérilisée.

Le lendemain, premier pansement, toujours avec tamponnement. Chaque jour, ce pansement fut renouvelé.

Au bout de quinze jours, la plaie est fermée ; il ne persiste qu'une légère gêne dans les mouvements de flexion de l'annulaire.

Observation IV

Demoiselle X..., 18 ans, lingère, vient au dispensaire de la Croix-Rouge. Elle est atteinte d'un panaris de l'index droit, qui s'est développé à la suite d'une piqure avec un crochet métallique.

Le doigt est tuméfié, rouge, rétracté. La base du doigt semble indemne.

La jeune fille est courageuse. L'anesthésie locale est obtenue par une injection de cocaïne, à la base du doigt malade. L'hémotase est obtenue à l'aide d'un petit drain dont les extrémités sont maintenues dans les mors d'une pince hémostatique.

Incision légère au niveau de la troisième phalange. Un stylet fin d'occuliste, recourbé, est introduit par cette incision ; on éprouve une légère résistance vers le milieu de la première phalange. L'incision est prolongée jusqu'à ce niveau.

Nettoyage du foyer avec un petit fragment de gaze, enroulé sur une pince.

Léger tamponnement à la gaze stérilisée.

Le pansement est fait tous les jours, avec de la gaze ektoganée, pendant six jours.

Guérison complète le dixième jour. Restitution absolue.

Observation V

R. . . ., Edouard, 67 ans, ouvrier sellier, se présente avec panaris du médius, phlegmon de la main, et lymphangite de l'avant-bras. Il s'est fait une pique du médius, vers sa partie moyenne, avec l'ardillon d'une boucle en cuivre.

Le blessé, fortement eczémateux a une main démesurément grosse, et présente une température assez élevée. Les ganglions axillaires sont engorgés.

Il a été déjà soigné en ville, à l'aide de pommades, et son médecin lui a fait une incision sur la face antérieure du doigt.

Anesthésie générale à l'aide du chloroforme.

Hémostase avec la bande d'Esmarch, serrée à la racine du bras.

Une première incision est faite sur toute la longueur du médius. Puis, comme le pus a fusé jusqu'au milieu de la main, on fait une incision palmaire prolongée jusqu'au niveau de l'arcade palmaire superficielle. Les tendons fléchisseurs du médius ont perdu leur aspect nacré; ils sont d'un blanc mat, et même, sur plusieurs points, ils sont effrités.

On pratique le nettoyage du foyer avec la curette; des lambeaux aponévrotiques sphacelés sont détachés à l'aide de ciseaux. On fait suivre ce nettoyage d'un tamponnement à la gaze stérilisée, puis on fait un pansement sec.

Le tamponnement est fait deux fois par jour, pendant les 4 premiers jours, puis tous les jours ensuite.

Dès le lendemain de l'intervention, la lymphangite de l'avant-bras disparaît. La main diminue de volume et le blessé guérit rapidement. Le doigt cependant reste rigide comme on pouvait s'y attendre, d'après ce que nous avons dit de l'état des tendons.

Comme ce doigt gêne beaucoup le malade dans l'exercice de sa profession, il est amputé quelques mois après.

Observation VI

K..., Louis, 27 ans, chauffeur, est atteint de plaies de l'index et de l'annulaire de la main droite, par section transversale des téguments par éclats de verre. Les fléchisseurs cependant ne sont pas sectionnés. Un pansement trop occlusif est appliquée et 4 jours après l'accident, les phénomènes d'infection des gaines font leur apparition.

Lorsque nous voyons le malade, les doigts sont tuméfiés, rétractés, la surface des plaies bourgeonnante; les tendons des fléchisseurs baignent dans le pus. La paume de la main elle-même est tuméfiée et douloureuse. La température est élevée.

Anesthésie chloroformique.

Hémostase avec bande d'Esmarch, serrée à la racine du bras.

Au-dessus et au-dessous du lieu de section, incision médiane sur chaque doigt. Incision palmaire jusqu'à la ligne repérée de l'arcade palmaire superficielle. De cette dernière, bien qu'elle n'aille pas jusqu'à la gaine cubitale, sort un pus épais.

Les tendons semblent intacts quoique dépolis. Le foyer est nettoyé avec la curette, puis bourré à l'aide de mèches de gaze stérilisée. Pansement sec.

Le pansement est renouvelé 36 heures après l'intervention, puis chaque jour.

L'index, le moins gravement atteint, guérit très vite, au bout de 8 jours. Pour l'annulaire le pansement est continué pendant 16 jours. Guérison au bout de ce laps de temps.

L'index recouvre la totalité de ses mouvements, mais l'annu-

laire est toujours resté un peu raide, bien qu'il puisse exécuter des mouvements de flexion.

Nous faisons remarquer que, dans ce cas, comme dans bien d'autres, il est probable, pour ne pas dire certain, que des mouvements passifs et du massage, pratiqués à temps, et méthodiquement poursuivis, auraient amené un résultat fonctionnel beaucoup plus complet.



CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire des divers traitements des panaris et phlegmons tendineux de la paume de la main, nous concluons que, dans ces sortes d'infections, il faut avoir recours au traitement suivant :

I. — Anesthésie locale lorsque l'inflammation est limitée au doigt; anesthésie générale dans les autres cas.

II. — Hémostase préalable obtenue suivant les cas, à l'aide d'un tube de caoutchouc serré à la racine du doigt, ou à l'aide de la bande d'Esmarch.

Ces deux premières précautions ont pour résultat de rendre plus facile le temps suivant.

III. — Large incision faite prudemment sur la sonde cannelée.

On évite ainsi la lésion des tendons déjà malades et des organes voisins de la gaine infectée : artères, veines, nerfs et articulations, tout en faisant une incision suffisante pour que le pus puisse s'évacuer faci-

lement et que de nouvelles incisions ne soient plus nécessaires dans la suite.

IV. — Nettoyage aussi complet que possible du foyer d'infection avec des tampons ou mieux, comme cela est nécessaire le plus souvent, à l'aide d'une curette fine. Il faut s'assurer qu'on n'y laisse aucune parcelle d'os nécrosé ou de tissu sphacélé, susceptible d'entretenir la suppuration.

V. — Tamponnement du foyer d'infection avec de fines bandes de gaze stérilisée, iodoformée ou ektogannée ; ces mèches de gaze seront introduites dans les coins les plus reculés ; le tassement sera fait d'une façon modérée.

Ce tamponnement assure l'hémostase après l'enlèvement de la bande d'Esmarch, empêche la plaie de se fermer trop vite, et permet une complète évacuation du pus.

Il remplace avantageusement les bains antiseptiques et les drains qui ont, il est vrai, rendu bien des services dans le traitement des phlegmons tendineux, mais ne sont pas sans défaut : oblitération facile, évacuation incomplète du pus, remise en place difficile et douloureuse.

VI. — Pansement renouvelé tous les jours, en ayant soin de tasser la gaze de moins en moins.

Les résultats obtenus par le mode de traitement que nous venons d'exposer sont excellents, certainement

supérieurs à ceux obtenus par le traitement classique. La plaie, sèche pendant les premiers jours, devient, vers le 5^e jour, le siège d'une sécrétion séreuse ou séro-purulente dans les grandes infections. Cette sécrétion ne tarde pas à disparaître, et du 12^e au 15^e jour, la plaie est complètement fermée; enfin, pourvu que l'intervention ait été faite suffisamment vite, les tendons récupèrent leurs fonctions.

VU : *Le Doyen,*

VU : *Le Président de thèse,*

LANDOUZY.

RECLUS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CATOÏS. — Traitement des panaris (Th. Paris, 1875).

CHEVALLET. — Phlegmons angioleucitiques du membre supérieur (Th. Paris, 1875).

GARNIER. -- Inflammation aigüe des gaines synoviales de la paume (Th. Paris, 1875).

MONTFERRATO. — Phlegmon des gaines synoviales de la paume (Th. Paris, 1879).

FAURE (J.-L.). — Panaris. Son incision. (Sem. médic. 14 janvier 1905).

FORSSELL. — Injections suppurées des gaines tendineuses de la paume, au point de vue thérapeutique. (Sem. médic., 15 juin 1904).

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

POIRIER. — Traité d'anatomie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE. — Traitement des phlegmons des gaines synoviales tendineuses (Sem. médic., 6 mai 1908).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	9
Introduction.....	10
Etiologie. — Pathogénie.....	13
Anatomie.....	16
Des différents traitements des phlegmons tendineux.....	21
Traitement par tamponnement.....	27
Critique des différents traitements.....	34
Observations.....	47
Conclusions.....	56
Bibliographie.....	59
